FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1894-95 N° 81

DE

L'URÈTHRECTOMIE

Dans les Rétrécissements Péniens

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 5 JUILLET 1895

PAR

Eugène LAMBERT

Né à Cherbourg (Manche), le 26 Février 1867

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BOURSIER, professeur, *président*,
PIÉCHAUD, professeur,
POUSSON, agrégé,
VILLAR, agrégé,
} *Juges*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE GAGNEBIN
72, Rue du Pas-Saint-Georges, 72
1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1894-95 N° 81

DE

L'URÈTHRECTOMIE

Dans les Rétrécissements Péniens

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 5 JUILLET 1895

PAR

Eugène LAMBERT

Né à Cherbourg (Manche), le 26 Février 1867

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BOURSIER, professeur, *président*,
PIÉCHAUD, professeur,
POUSSON, agrégé,
VILLAR, agrégé,
} *Juges*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE GAGNEBIN
72, Rue du Pas-Saint-Georges, 72
1895

FACULTÉ DE MÉDECINE & DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICÉ..... } Professeurs honoraires.
AZAM ..... }

Clinique médicale	MM. PICOT.
	PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS.
	LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	DE NABIAS.
Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicale des enfants	PIÉCHAUD.
Clinique Gynécologique	BOURSIER.

AGRÈGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MOUSSOUS.
	DUBREUILH.
	MESNARD.
	CASSAET.
	AUCHÉ.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	POUSSON.
	DENUCÉ.
	VILLAR.
Accouchements	RIVIÈRE.
	CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Pysiologie { MM. PRINCETEAU. N. } | Histoire naturelle. N.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLEMENTAIRES

Clin. interne des enfants	MM. A. MOUSSOUS	Pathologie externe	MM. DENUCÉ.
Clin. des malad. syphil. et cutan.	DUBREUILH.	Accouchements	RIVIÈRE.
Clin. des malad. des voies urin.	POUSSON.	Chimie	DENIGÈS.
Mal. du larynx, des oreilles et du nez	MOURE.	Zoologie	BEILLE.
Maladies mentales	REGIS.		

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

Faible témoignage de profonde
reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Alfred POUSSON

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux
Chargé de la clinique complémentaire des maladies des voies urinaires,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Officier d'Académie.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543507_0060

A mon Président de Thèse.

MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ BOURSIER

Professeur de Gynécologie à la Faculté de Médecine de Bordeaux,

Officier d'Académie.

DE

L'URÉTHRECTOMIE

dans les rétrécissements péniens

AVANT-PROPOS

Le problème de la cure radicale des rétrécissements de l'urèthre périnéal demeurés réfractaires à la dilatation, à l'uréthrotomie interne et autres modes de traitement est bien près d'être résolue.

L'uréthrectomie suivie de la restauration du canal par l'uréthrorrhaphie et à son défaut par la suture à étages du périnée ou par l'uréthroplastie a été faite un assez grand nombre de fois pour que la valeur de cette méthode ne puisse être contestée.

L'opinion des chirurgiens est moins fixée sur ce qu'on est en droit d'attendre de la résection des rétrécissements péniens, car il n'en a été publié jusqu'ici qu'un très petit nombre de cas. Si les observations de rétrécissements périnéo-bulbaires traités par l'uréthrectomie sont nombreuses, il n'en est pas de même de celles concernant les rétrécissements péniens, car

dans toute la littérature médicale nous n'avons pu en relever que huit, dont la dernière inédite nous a été communiquée par M. le docteur Pousson.

Dans un premier chapitre, nous ferons un aperçu historique, montrant que l'uréthrectomie est une méthode qui a pris naissance en France et s'y est développée, pour être pratiquée ensuite surtout en Allemagne et en Italie.

Dans un second chapitre, nous verrons quels sont les rétrécissements de la portion pénienne de l'urèthre justiciables de l'uréthrectomie.

Le troisième sera consacré au manuel opératoire, et dans un quatrième nous exposerons les résultats immédiats et éloignés de ce procédé fournis par les huit observations que nous possédons.

Avant d'entrer plus avant dans cette étude, qu'il nous soit permis d'adresser nos remerciements les plus sincères à M. le professeur agrégé Pousson, qui, après nous avoir inspiré le sujet de notre thèse, a mis à notre disposition des documents pour nous en faciliter la rédaction.

Que M. le professeur Boursier, veuille bien agréer le témoignage de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER.

Historique.

L'uréthrectomie qui a pour but non seulement l'excision des masses fibreuses péri-uréthrales et de l'urèthre frappé de rétrécissement, mais aussi la reconstitution du canal par une suture immédiate, soit des deux bouts de l'urèthre sectionné, soit des divers plans du périnée est une opération qui n'est pas nouvelle.

Suivant les époques, elle a été tantôt prônée avec enthousiasme, tantôt frappée de discrédit. A l'heure actuelle, de l'avis de la plupart des chirurgiens, c'est une opération facile, donnant des résultats immédiats excellents, une guérison rapide, et des résultats éloignés également très bons, plus durables que ceux obtenus avec les autres modes de traitement.

En remontant assez haut, nous voyons que déjà au XIV^{e} siècle, Guy de Chauliac (1) indiquait la suture de l'urèthre à la suite de l'opération de la taille, et qu'au XVI^{e} siècle Franco et Ambroise Paré réunissent les bords de l'incision pratiquée pour extraire les calculs et les corps étrangers de l'urèthre. Puis, dit A. Paré, « s'il est besoin, faudra faire un point d'aiguille pour réunir la plaie ».

---

(1) Verneuil.— *Société de chirurgie*, 27 Octobre 1886.

En 1652, Ed. Molens, ayant à traiter un vieux débauché d'une rétention d'urine complète, causée par des caroncules, lui pratiqua la boutonnière. Une première opération n'ayant pas réussi, une seconde fut couronnée de succès. Au bout de quelques jours, la cicatrisation de l'urèthre et des tissus péri-uréthraux était complète.

Vers la même époque un chirurgien hollandais, Jean de Solingen, fendit une grande partie du canal de l'urèthre pour appliquer des caustiques sur des carnosités siègeant autour du canal. Il s'agissait d'un soldat dont l'urèthre était rempli de végétations calleuses ; il introduisit aussi loin que possible dans l'urèthre un cathéter cannelé, sur lequel il divisa tout le canal, sauf au niveau du gland. Puis il « consuma » les callosités avec des substances médicamenteuses, et réunit la plaie avec des points de suture entrecoupés.

C'est Le Dran, (1) chirurgien major de l'hôpital de la Charité, qui, le premier, en 1731 pratiqua l'excision de callosités pour fistules périnéo-scrotales, sur un officier anglais âgé de 66 ans et très cassé. La méthode employée fut la suivante : excision de la masse calleuse et placement d'une sonde à demeure. Elle donna une guérison durable malgré l'âge du sujet et les accidents septiques post-opératoires.

Le Dran se proposait de pratiquer l'excision suivie de suture chez un second malade ayant la même affection que le précédent ; mais ayant eu une consultation avec Chopart et J. L. Petit, ceux-ci n'en furent pas partisans, alléguant que la méthode était dangereuse et l'excision tomba dans l'oubli.

En 1819, Levannier, de Cherbourg, pratiqua sur un individu atteint de rétrécissement infranchissable de la région pénienne, consécutif à une blessure par une balle, une incision sur la

(1) *Tumeurs et fistules urineuses périnéo-scrotales. — Excision.* (Le Dran. — *Observations de chirurgie*, T. II, p. 173, Paris 1731).

cicatrice elle-même ; il introduisit dans l'urèthre une sonde en gomme et réunit les lèvres de la plaie avec une bande de diachylon. Le cinquième jour, la plaie était cicatrisée.

Il faut arriver en 1837, c'est-à-dire plus de cent ans après l'excision de callosités faite par Le Dran, pour lire dans la *Gazette Médicale de Paris,* une observation de résection de l'urèthre pénien dûe à Dugas et rapportée par W. Henry Robert, étudiant en médecine. Le malade était atteint d'un rétrécissement siégeant à trois pouces du méat et d'une induration telle qu'un poil de sanglier pouvait à peine la traverser. Après avoir enlevé le callus de ce rétrécissement infranchissable, Dugas plaça une sonde à demeure et rapprocha les deux côtés de la plaie à l'aide de bandelettes adhésives. La guérison eut lieu en cinq jours par première intention.

Quelques années plus tard en 1859, J. Roux, de Toulon, pratiqua l'excision d'un rétrécissement infranchissable de la région spongieuse en avant des bourses. Il retrancha un centimètre et demi du canal, et après l'introduction d'une sonde à demeure, il réunit la plaie avec des serre-fines et obtint une guérison par première intention jusqu'à l'angle inférieur de la plaie.

En 1855, Leroy d'Etiolles, fait paraître dans le *Bulletin de l'Académie de Paris* une note « sur le traitement des sténosis ou rétrécissements de l'urèthre et de l'excision en particulier ». Les rétrécissements rebelles à la dilatation, dit-il, sont formés de tissu fibreux analogue au tissu inodulaire ou cicatriciel ; il faut donc les traiter comme les cicatrices vicieuses de la surface du corps, c'est-à-dire par l'ablation ou l'excision suivie de l'autoplastie, lorsqu'elle est applicable. Si cette dernière est impossible, du moins difficile dans l'urèthre, il n'en est pas de même de l'excision.

On ne peut voir là que quelques tentatives isolées et hardies,

car pas un chirurgien n'avait encore songé à ériger la résection de l'urèthre en méthode nouvelle avec sa technique et ses indications nettement établies.

C'est de 1860 que date la première tentative qui a été faite dans ce sens. A cette époque, Bourguet, (1) chirurgien de l'hôpital d'Aix, fait paraître un mémoire de plus de cent pages qui fut publié dans les mémoires de l'Académie de Médecine de Paris en 1865 : De l'uréthrotomie externe par section collatérale et par excision des tissus pathologiques dans les cas de rétrécissements infranchissables de l'urèthre.

Dans une première partie, il étudie l'uréthrotomie externe par section collatérale avec formation, aux dépens des parties saines voisines, d'un canal contournant la masse calleuse, et il rapporte l'observation d'un sujet qu'il a traité de cette manière, la seule peut-être qui existe, à cause des difficultés du cathétérisme consécutif, fatales avec un canal ainsi déplacé et tortueux.

Dans la seconde, il démontre l'existence de certains rétrécissements organiques très durs, calleux ou cartilagineux, formés par une nodosité volumineuse, infranchissables par tous les moyens dont dispose le chirurgien, rebelles à toutes les méthodes de traitement connues et considérés jusque là comme incurables. Il expose son procédé d'excision avec dissection soigneuse de toute la masse indurée et ablation de toutes les parties cicatricielles, comme s'il s'agissait d'une tumeur de mauvaise nature, et il essaie aussi de montrer comment le canal se répare sur la sonde à demeure, aux dépens des parties saines du périnée : « l'opération ainsi pratiquée permet d'espérer une guérison solide et durable, la nouvelle portion de l'urèthre revêtant avec le temps les caractères du canal normal et en remplissant toutes les fonctions ».

(1) Bourguet d'Aix. — *Mémoires de l'Académie de Médecine de Paris* 1865, page 167.

Ainsi donc Bourguet n'appliquait aucune suture ni sur l'urèthre, ni sur le périnée. Sa méthode consistait seulement dans l'excision totale et aussi complète que possible, le canal se reformant sur la sonde à demeure.

Cependant la conception de la restauration par suture des deux bouts, revient à Bourguet qui ne la mit pas à exécution. En janvier 1857, il excisait un rétrécissement traumatique et constatait que les deux bouts de l'urèthre étaient distants de vingt-cinq milimètres. « Je songeai un instant, dit-il, à rapprocher les deux bouts du canal et à les réunir à l'aide d'une suture ou de serre-fines, mais l'antérieur avait contracté des adhérences solides avec la membrane d'enveloppe des corps caverneux et ne put pas être mobilisé. Le postérieur ne put pas couvrir cette distance et je fus contraint de renoncer à ce projet ».

Bourguet, on le voit, n'a pas été loin de pratiquer cette opération telle qu'elle se fait de nos jours ; le bout antérieur eut pu être peut être libéré par quelques coups de ciseaux, et l'abouchement rendu facile.

Dans son mémoire, Bourguet cite à l'appui de sa méthode un certain nombre d'observations dont une des plus probantes, mais dont une aussi des plus malheureuses.

L'académie de médecine, par la bouche de son rapporteur Gosselin, (1) combattit la méthode nouvelle proposée par Bourguet, et à la suite de cette discussion académique, la résection de l'urèthre tomba à peu près dans l'oubli, en France principalement. Tandis qu'à l'étranger et surtout en Allemagne, elle conserve les faveurs de quelques chirurgiens de valeur, tels que Rose, Kœnig, (2) Heussner, (3) et avant tous Dittel,

(1) *Rapport de Gosselin sur le mémoire de Bourguet.* Séance du 14 mai 1861.

(2) Kœnig. — *Deutsche Zeitschrtif für Chirurgie,* 1882, p. 429.

(3) Heussner. — *Deutsche médicinische Wochenschrift,* juillet 1883, no 28. — *Berliner Klinische Wochenschrift,* 30 mai 1887, no 22, p. 367.

dans notre pays elle n'est pratiquée que de loin en loin ; aussi ne trouve-t-on dans la littérature médicale française de l'époque, que quelques rares observations éparses, dues à Sédillot (1), Voillemier (2), Valette (3), Labbé (4) et quelques autres chirurgiens.

C'est à Daniel Mollière (5), l'illustre chirurgien de Lyon, que revient l'honneur d'avoir, en 1880, complété l'opération en faisant suivre l'excision de la suture des deux bouts, méthode qui lui a donné de très beaux succès immédiats en même temps que définitifs. Ses idées furent publiées dans la thèse de son élève Parizot, en 1884. Dans cette thèse, les différents temps du procédé sont bien décrits, les résultats consignés avec soin, les indications nettement posées. Malgré tout, elle ne fait pas grande sensation en France, car en dehors de Lyon où en 1888, d'après la communication faite par le professeur Poncet au troisième Congrès français de chirurgie, l'uréthrectomie était devenue une opération courante, nous ne voyons publier jusqu'à la fin de 1891 qu'un petit nombre d'observations. Nous citerons celles de Locquin (6) (de Dijon), de Guermonprez (7) qui appliqua aux rétrécissements péniens la méthode de D. Mollière en substituant le catgut au fil d'argent, de Defontaine du Creuzot (8), d'Horteloup (9), de Pousson (10). C'est aussi à cette époque que survinrent à la Société de chirurgie les discussions sur la suture de l'urèthre (Lucas-Championnière,

---

(1) Sédillot. — *In Boucher. Thèse de Strasbourg*, 1863, p. 14.
(2) Voillemier. — *Traité des maladies des voies urinaires*, 1868, T. I, p. 337.
(3) Valette. — *Lyon Médical* 1873, nº 15.
(4) Labbé. — *Leçons de clinique chirurgicale*, 1876, p. 19.
(5) D. Mollière. — *Lyon Médical*, 1885, p. 464.
(6) Locquin. — *Société de Chirurgie*, octobre 1887.
(7) Guermonprez. — *Gazette des hôpitaux*, 27 mai 1886, 22 octobre 1889.
(8) Defontaine. — *Société de chirurgie*, 14 novembre 1888.
(9) Horteloup. — Académie de médecine 1890.
(10) Pousson. — *Annales de la Polyclinique de Bordeaux* 1889, p. 85.

24 juin 1885. — Terrier et Le Dentu, 27 octobre 1886. — Kirmisson, 3 avril 1889) et un peu plus tard que parurent à Montpellier les thèses de Duranton (1) (1890) et de Gaujon (2) (1891) sur le même sujet.

La question de l'uréthrectomie est sérieusement reprise en 1891-92, par Guyon et son école. Guyon fait, au Congrès français de chirurgie de 1892, une importante communication sur « la résection partielle de l'urèthre périnéal suivie de restauration immédiate et totale ». Dans cette communication, où sont relatés six cas nouveaux de résection de l'urèthre, le chirurgien de Necker préfère à la résection totale la résection partielle qui conserve la paroi supérieure du canal; quant à la suture des deux bouts de l'urèthre, tantôt il la néglige, faisant alors la suture à étages du périnée. Dans la même séance du Congrès, Albarran, chef de clinique de Guyon, fait une autre communication importante sur « quelques cas de résection de l'urèthre », communication qui est l'objet d'une réponse de Lavaux, et quelques jours après paraît à la Société de Chirurgie un mémoire de Joüon (3), à la suite duquel Quénu, Berger et Desprès prirent successivement la parole. Joüon voudrait étendre les indications de la résection complétée par la suture, à tous les cas de rétrécissements non dilatables, et substituer l'uréthrectomie à l'uréthrotomie interne et à l'uréthrotomie externe, toutes les fois que ces dernières opérations paraissent indiquées. C'est contre cette exagération manifeste que s'est élevé Berger dans la discussion qui a suivi la présentation du mémoire.

A la séance du 11 mai 1892 de la Société de chirurgie, Horteloup expose son procédé de résection cunéiforme qui ne diffère guère du procédé exposé par Guyon.

---

(1) Duranton. — *De la suture primitive et secondaire de l'urèthre*. Thèse de Montpellier, 1890.
(2) Gaujon. — *De la suture de l'urèthre*. Thèse de Montpellier, 1891.
(3) Joüon. — *Bulletin et mémoires de la Société de Chirurgie, 1892*, p. 319.

Au mois de juillet 1892, un autre élève de Guyon, le docteur Noguès (1) et le docteur Wartel (2) font de la résection de l'urèthre le sujet de leur thèse inaugurale.

Dans le courant des années 1892-93 paraissent encore la thèse de Gouraud (3) sur « la cure radicale de certains rétrécissements de l'urèthre par la résection suivie de suture », et deux mémoires importants : l'un de Vignard (4) (de Nantes) qui publie dans les *Archives provinciales de Chirurgie* une observation sur un « rétrécissement traumatique de l'urèthre périnéal » qui fut uréthrectomisé par M. le professeur Heurtaux, — l'autre de Legueu et Cestan (5) dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* sur les « indications opératoires dans les rétrécissements traumatiques de l'urèthre ».

En 1894 paraissent la thèse de Vergues (6) et le travail de Villard (7) (de Montpellier) sur la « résection des rétrécissements de l'urèthre périnéal suivie de l'uréthroplastie immédiate. »

Enfin le 18 février 1895, M. le docteur Pousson pratique avec succès chez un malade atteint de rétrécissement pénien une résection totale de l'urèthre rétréci suivie de suture immédiate, après avoir appliqué à la racine de la verge un lien élastique pour assurer l'hémostase.

Pendant qu'en France on repoussait l'opération de Bourguet et pendant que Daniel Mollière la perfectionnait, l'uréthrectomie a eu en Allemagne de grands partisans, parmi lesquels Kœnig et Heussner qui se disputent la priorité du procédé, Dittel, Socin.

---

(1) Noguès. — *De la réparation de l'urèthre périnéal*. Thèse de Paris, 1892.
(2) Wartel. — *De l'uréthrectomie*. Thèse de Paris, 1892.
(3) Gouraud. — Thèse de Paris, 25 juillet 1892.
(4) Vignard. — *Archives provinciales de Chirurgie*, juillet 1892, p. 31.
(5) Legueu et Cestan. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, septembre 1893, p. 655.
(6) Vergues. — *Contributions à l'étude de la résection de l'urèthre*. Thèse de Paris 1894.
(7) Villard. — *Archives provinciales de Chirurgie*, mars 1894, p. 144.

Hœgler fait paraître un mémoire contenant des observations cliniques prises dans le service du professeur Socin.

Heussner (Berliner Klinische Wochenschrift, 30 mai 1887) publie un cas très net. Examinant l'urèthre d'un malade mort de pyélo-néphrite, auquel deux ans et demi auparavant il avait pratiqué l'excision d'un rétrécissement suivie de suture uréthrale, il trouve au niveau du point réséqué une cicatrice fine, linéaire.

Hœgler (Deutsche Zeitschrift für chirurgie, 1889) arrive au même résultat.

En Italie, nous trouvons les travaux d'Erasme de Paoli de Turin, de Parona de Milan, du professeur Cacciopoli (1) de Naples, de Postemki (2) (1886), de Pietro Neri (3) (1887) qui ont contribué surtout à vulgariser la suture à étages du périnée ou uréthro-périnéorraphie, et enfin ceux d'Al. Codivilla (4) qui injecte au préalable un liquide colorant (bleu de méthylène) dans l'urèthre, pour rendre plus facile la découverte du bout postérieur.

Si l'uréthrectomie est de nos jours très en faveur auprès des chirurgiens français, allemands et italiens, il n'en est pas de même dans les autres pays.

On ne trouve guère qu'une observation de Von Whal (5) de St-Pétersbourg (1890), une de Thiriar (6) de Bruxelles (1888), une du professeur Leonte de Bucharest (1890), une de Keyes (7) de New-York (1891) et une de Mayo Robson (8) en Angleterre, en 1885.

---

(1) Cacciopoli. — *Gl'incurabili*, Anno V. 1890.

(2) Potemski. — *L'uretroperineorafia nella operazione della uretrotomia italiana*, *Gazz. med. di Roma*, 1886, t. XII, p. 1 à 7.

(3) Pietro Neri. — *Note teorico-cliniche sull'uretrotomia esterna ed uretro-perineorafia* (Processo Durante). Roma 1887.

(4) Codivilla. — *Bolettino delle scienze mediche di Bologna*, 1890, p. 578.

(5) Von Whal. — *St-Pétersbourg medicinische Wochenschrift.*

(6) Thiriar. — *Entretiens chirurgicaux*, Bruxelles, 1888.

(7) Keyes. — *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*. New-York, 1891, p. 401.

(8) Mayo-Robson. — *British medical journal*, 1885, p. 481.

CHAPITRE II

Indications de l'uréthrectomie pénienne.

Les méthodes thérapeutiques les plus employées pour le traitement des retrécissements de l'urèthre sont la dilatation, l'uréthrotomie interne, l'uréthrotomie externe, mais malheureusement elles ne sont pas toujours efficaces.

La dilatation qui est la plus employée soit seule, soit à la suite d'autres procédés qui ne pourraient rien sans elle n'est que palliative et d'une lenteur désespérante à laquelle M. le professeur Lefort avait voulu remédier par la dilatation immédiate progressive qui, en quelques séances, permet de passer dans le canal des instruments de gros calibres. Son procédé a joui d'une certaine faveur, mais les objections ne lui ont pas manqué.

M. le professeur Guyon, en particulier, en a fait la critique. Il pense que cette distension exagérée de l'urèthre ne se produit pas sans faire éclater la muqueuse et causer des cicatrices rétractiles. La dilatation a encore de plus sérieux arguments contre elle. Le malade qui se dilate lui-même ne prend pas toujours les précautions antiseptiques nécessaires, et, l'infection ne tarde pas à se produire, ou bien encore il n'a pas cette persévérance sans laquelle, en fait de dilatation, rien n'est possible. En outre les récidives sont fréquentes et l'introduction des bougies dilatrices est difficile et accompagnée très souvent de violentes douleurs, de poussées fébriles et de rétention.

Les uréthrotomies interne et externe ont le défaut de créer des plaies nouvelles qui ne font qu'activer les propriétés rétractiles des tissus cicatriciels. Elles n'empêchent pas non plus les récidives; il en est de même de l'électrolyse linéaire à laquelle on a parfois recours, et c'est en désespoir de cause, après l'échec de ces divers modes de traitement que l'on aura recours à l'uréthrectomie qui n'est point cependant applicable à tous les cas.

C'est aux retrécissements traumatiques et scléro-cicatriciels que s'adressera principalement l'uréthrectomie.

Les retrécissements traumatiques (cicatriciels, inodulaires) qui succèdent à une perte de substance du canal due soit à un traumatisme, soit à une ulcération chancreuse ou autre, sont produits par la néoformation d'un tissu inodulaire sur la muqueuse et dans les couches sous-jacentes, si celles-ci ont été lésées. Ils se produisent avec une très grande rapidité, deviennent à brève échéance très serrés, souvent même infranchissables et récidivent avec une ténacité vraiment désespérante, quelque soit le mode de traitement employé.

Cette constitution rapide d'un noyau cicatriciel amène rapidement une dilatation consécutive de la vessie, suivie de la dilatation des uretères et du bassinet, car la vessie n'a pas le temps de s'hypertrophier pour lutter contre ce nouvel obstacle, comme cela arrive dans les retrécissements blennorrhagiques qui se constituent progressivement et lentement.

Au point de vue de la forme, le retrécissement est en général unique, bien limité, la virole fibreuse est nette et perçue parfois très nettement par la simple palpation de l'urèthre.

L'évolution rapide, la virole prononcée, les complications sérieuses qui peuvent survenir du côté des reins, les récidives à prévenir, la résistance parfois invincible à la dilatation sont

des conditions qui rendront la résection l'opération de choix.

Le professeur Guyon soutenait cette théorie dans le *Mercredi médical* du 23 décembre 1891 : « Si nous considérons l'évolution ultérieure des retrécissements traumatiques, non pas chez les malades abandonnés à eux-mêmes, mais chez ceux qui sont traités, nous ne tarderons pas à nous convaincre qu'un autre de leurs caractères est de récidiver avec la plus grande facilité. Le quatrième de nos malades est un exemple frappant de l'inefficacité de la dilatation. L'uréthrotomie interne ne vaut pas mieux. Quant à l'uréthrotomie externe, ceux qui suivent mon service depuis quelque temps, ont pu voir au n° 18 de la salle Velpeau, un ancien malade qui nous est revenu avec une récidive rapide après cette opération. Je ne ferai que vous rappeler également l'histoire de ce petit malade, âgé de 14 ans, auquel j'ai fait avec grand succès la résection partielle de l'urèthre, il y a quelques mois, et qui, auparavant, avait subi sans résultat une uréthrotomie interne et deux uréthrotomies externes, je pourrais vous en citer plusieurs autres; je me contente de ceux que vous avez vus ».

Dans la *Gazette médicale* de Paris du mois d'Août 1891, le professeur Guyon disait de même : « L'uréthrotomie interne dans ces cas ne donne que des résultats temporaires; l'uréthrotomie externe ne réussirait pas non plus; une incision intéressant des tissus fibreux et indurés se répare au moyen d'une cicatrice elle-même fibreuse et rétractile : le résultat serait plus éphémère encore qu'après une uréthrotomie interne sur la paroi supérieure ».

Nous avons vu aussi qu'en 1855, Leroy d'Etiolles, dans le *Bulletin de l'Académie de médecine de Paris*, émettait une opinion analogue : « Il est généralement admis, disait-il, que les rétrécissements rebelles à la dilatation sont formés de tissu fibreux analogue au tissu inodulaire ou cicatriciel; il semble

donc naturel de les traiter comme les cicatrices vicieuses de la surface du corps; or, pour celles-ci, le meilleur mode de traitement, c'est l'ablation ou l'excision suivie de l'autoplastie, lorsqu'elle est applicable; si cette dernière est, sinon impossible, au moins difficile dans l'urèthre, il n'en est pas de même de l'excision ».

Ainsi nous voyons que la seule méthode qui donnera une guérison durable dans les cas de rétrécissements traumatiques, sera la résection de l'urèthre : le nodule cicatriciel périuréthral enlevé en entier, l'abouchement des deux extrémités saines du canal pratiqué, la réunion faite par première intention rendent peu probable la récidive.

Les rétrécissements scléro-cicatriciels ont une double origine : ils sont scléreux comme les rétrécissements inflammatoires d'origine blennorrhagique et cicatriciels comme les rétrécissements d'origine traumatique. Une érection vive, un coït inopportun en pleine chaudepisse cordée, le redressement du gland pour faciliter l'introduction de la seringue, la compression du canal destinée à « traire » la goutte révélatrice, la vieille coutume de la rupture de la corde, telles sont les conditions habituelles de ces traumatismes de l'urèthre pénien; de là des éraillures de la muqueuse, des éclatements trabéculaires du corps spongieux. Le canal a saigné et le malade a éprouvé une douleur vive mais passagère. Il en résulte des cicatrices, des ilots inodulaires denses, où le processus cicatriciel se combine au travail de sclérose inflammatoire. Ces rétrécissements opposent une grande résistance aux tentatives de dilatation, car ils sont dépourvus de cette zone élastique qui existe à la partie supérieure des rétrécissements d'origine blennorrhagique. On pourra aussi employer uréthrotomie sur uréthrotomie, ils récidiveront toujours avec une désespérante facilité.

La vessie se dilatera de même que l'urèthre en arrière du rétrécissement et le rein ne tardera pas à être troublé dans son fonctionnement. Il faudra donc avoir recours à un mode de traitement plus rationnel et pratiquer l'uréthrectomie.

Les rétrécissements traumatiques et scléro-cicatriciels qui sont formés de tissu cicatriciel, inodulaire, sont les seuls justiciables de l'uréthrectomie.

En effet, si l'on envisage les rétrécissements blennorrhagiques (inflammatoires, scléreux) on constate que son indication est beaucoup moins formelle.

Ici, le processus est un travail de phlegmasie chronique, aboutissant à une lente sclérose qui resserre le canal, la vessie a le temps de s'hypertrophier et d'adapter sa fonction aux difficultés nouvelles qu'elle a à surmonter. Le plus souvent ces rétrécissements sont multiples, il est rare que l'on ait affaire à un seul. Contre ces rétrécissements d'origine inflammatoire où la lésion n'est pas limitée, la dilatation peut être un mode de traitement suffisant et peu pénible, l'anneau rétréci présentant un segment supérieur élastique se laisse assez facilement traverser par une bougie dilatatrice. On peut encore avoir recours à l'uréthrotomie interne suivie de dilatation, mais il faut craindre l'infection des voies urinaires par manque d'antiseptie, les poussées fébriles et les rétentions d'urine.

Quand nous parlerons du manuel opératoire, nous verrons dans quelle étendue tant en longueur qu'en largeur le canal peut être réséqué et les modes de réunion des deux bouts de l'urèthre. Malheureusement ces deux procédés, résection et suture ne se complètent l'un l'autre que dans les cas où la résection de l'urèthre pénien ne produit qu'une solution de continuité dont la longueur ne dépasse pas quelques centimètres. Mais l'uréthrectomie n'est peut-être pas la dernière limite

à laquelle doivent s'arrêter les progrès de la chirurgie réparatrice de l'urèthre. En effet le docteur Sapiejko (de Kiew) dans un travail communiqué au Congrès de Rome « sur le traitement des défectuosités de l'urèthre par la transplantation de la muqueuse » est parvenu à reconstituer tout le canal pènien, du gland au scrotum, à l'aide d'un large lambeau de la muqueuse labiale, recouvert lui-même d'un lambeau cutané emprunté au scrotum.

Voici cette intéressante observation (1) :

Au mois de septembre 1889, Clémentie G..., officier, 42 ans, fut atteint d'un ulcère phagédénique du prépuce. Malgré les cautérisations au fer rouge, malgré le grattage fait avec la curette tranchante, la plaie gagnait toujours en étendue. Dix-huit mois après, l'ulcère guérit; je constatai alors l'état suivant : la peau de la verge faisait défaut à partir du gland jusqu'au scrotum; elle était remplacée par de minces cicatrices qui recouvraient les corps caverneux.

Il en était de même de l'urèthre qui faisait également défaut à partir du gland jusqu'à la base du scrotum. Quant le malade urinait, l'urine coulait le long du scrotum. Pour le soulager, il fallait reconstituer un urèthre sur toute l'étendue à partir du gland jusqu'au scrotum et puis recouvrir toute la verge de peau. J'avais conçu d'abord le plan suivant : j'ai enlevé du scrotum un lambeau assez grand avec pédicule, je l'ai doublé d'un lambeau de muqueuse de la lèvre supérieure du malade, ayant l'intention de former ultérieurement un urèthre de ce morceau. J'ai introduit le cathéter et j'ai fait un pansement. Mais il faut prendre en considération que le malade était un homme nerveux et très bizarre. Il retira aussitôt le cathéter, il ne voulait pas uriner au lit en présence d'autres malades et il allait le faire dans un cabinet situé très loin. Chaque nuit, il n'avait pas moins de six à huit érections. Il en résultait que le pansement se défaisait toujours et la muqueuse ne prenait pas. Au bout de quinze jours j'ai agi de la façon suivante : j'ai fait l'uréthrotomie externe à travers le périnée. J'ai enlevé toute la mince cicatrice qui recouvrait les corps caverneux ; j'ai emprunté à la lèvre inférieure un large lambeau de muqueuse, j'en ai formé le canal uréthral, dont j'ai fixé les bords par des sutures aux corps caverneux ; quand aux bouts

(1) *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1894, p. 579.

du canal, je les ai suturés à l'orifice uréthral auprès du scrotum et du gland ; j'ai enlevé au scrotum un lambeau assez long de peau dont j'ai enveloppé la verge sur toute son étendue. J'ai introduit le cathéter par l'incision périnéale. La verge enveloppée de plusieurs doubles de tarlatane fut rejetée vers le pubis et bien fixée par un pansement. Ni l'élévation de température, ni aucun autre motif ne m'ont forcé d'examiner la plaie. Pour obtenir une immobilité aussi complète que possible, ce qui est ici la condition principale du succès, je n'ai pas enlevé le pansement pendant seize jours. Le dix-septième jour le pansement enlevé était sec, la peau avait pris partout, la verge avait l'aspect normal Une bougie n° 42 Béniqué est entrée comme dans un urèthre normal. La plaie périnéale guérit bientôt, le malade urinait librement, de la façon normale, et je pouvais introduire la bougie Béniqué la plus grosse, n° 60. Je l'ai examiné la dernière fois un an après l'opération ; les bougies Béniqué les plus grosses passaient librement. On ne put remarquer qu'un seul défaut dans le résultat obtenu : au moment de l'érection la verge devient arciforme à convéxité supérieure.

CHAPITRE III.

Technique opératoire.

1° ANTISEPTIE PRÉLIMINAIRE.

On ne saurait trop insister tout d'abord sur la nécessité absolue d'une antiseptie rigoureuse, antiseptie qui s'impose d'autant plus que l'acte opératoire porte le plus souvent sur des sujets dont l'appareil urinaire est depuis longtemps déjà infecté.

Avant toute intervention le malade aura été purgé ; il aura pris depuis quelques jours une nourriture légère (lait et œufs autant que possible) ; on lui aura administré des antiseptiques intestinaux et généraux, tels que le naphtol, le benzo-naphtol, le salol, la quinine, l'acide borique ou le borate de soude, médicaments qui rendront les urines relativement claires et propres. Son urèthre aura été lavé avec grand soin avec une solution de sublimé très faible (au 20/000 par exemple) ou de nitrate d'argent au 1/000 ou au 1/500.

Ces précautions préliminaires n'empêcheront pas de faire, au moment de l'intervention un savonnage et un brossage énergiques du champ opératoire, suivi d'une irrigation avec un liquide antiseptique. Le malade sera ensuite placé dans la position de la taille ; et les environs de la région seront recouverts de larges compresses antiseptiques. Si d'autre part

l'aseptie des mains, des instruments, des fils et des sondes est assurée, le chirurgien peut intervenir sans hésiter et bannir de son esprit toute crainte d'infection.

L'anesthésie générale est indispensable.

2° HÉMOSTASE PRÉVENTIVE

Lorsque toutes les mesures antiseptiques ont été prises, il est encore une précaution à remplir qui a une très grande importance : c'est l'application à la racine de la verge d'un lien élastique destiné à assurer l'arrêt du sang à la surface du champ opératoire.

L'idée d'arrêter l'écoulement sanguin au cours des opérations sur le pénis n'est pas nouvelle. Elle a été émise d'abord par Warner et Pallucci et a été surtout appliquée par Esmarch.

Dans le premier mémoire qu'il a consacré à la publication de la méthode qui porte son nom, Esmarch a proposé de comprimer le pénis à sa base au moyen d'un tube mince de caoutchouc, si l'on voulait pratiquer sans perte de sang des opérations sur cet organe, et il a annoncé qu'il avait usé dans ce but et avec succès d'un tel moyen dans plusieurs amputations de la verge et dans la circoncision (1). Dans son manuel de Pansements et d'Opérations paru peu de temps après, il a indiqué de pratiquer de la même manière l'hémostase préalable dans les opérations sur cet organe (2).

Dans les mémoires de Nicaise (3) et de Lidell (4) sur l'ischémie chirurgicale, on retrouve en termes généraux ce même enseignement d'Esmarch.

---

(1) Ueber Kunstliche Bluttleere bei operationen (1873) p. 379 et 384 in *Samlung Klinisher Vortrage Chir.*, no I. 28.

(2) *Manuel de Pansements et d'Opérations*, trad. par le docteur Rouge, Paris 1879.

(3) Nicaise. — *De l'ischémie préliminaire* par le procédé d'Esmarch (*Gaz. hebd.*, p. 578, 1874).

(4) Jonh A. Lidell. — *Encyclopédie d'Aschurtz*, T. III, p. 315, fig. 874.

Quelques auteurs ont conseillé d'user de la méthode en question dans l'amputation du pénis (Monod, Petit, Forgue, Kœnig), mais aucun traité de chirurgie n'en a mentionné, à l'occasion, l'emploi dans les autres opérations sanglantes de quelque importance qui se pratiquent sur le même organe. Le profit que l'on peut tirer, en pareil cas, de l'ischémie temporaire a inspiré en France une étude spéciale (1) qui s'est limitée à la seule application de l'Esmarch dans le phimosis. Plus récemment, en 1893, M. le docteur Phélip (de Lyon), a fait ressortir tous les avantages du lien hémostatique appliqué à la chirurgie du penis et a montré que la congestion post-ischémique n'avait aucune influence sur la réunion des tissus.

Monsieur le docteur Pousson est le premier chirurgien qu ait songé à utiliser le lien hémostatique dans l'uréthrectomie pénienne qu'il pratiqua le 18 février 1895.

Ayant fait, quelques années auparavant, une autre uréthrectomie pénienne sans hémostase préventive, il affirme qu'il n'y a aucune comparaison à établir entre la facilité des manœuvres de dissection du nodule cicatriciel et surtout de suture des deux bouts de l'urèthre, lorsque le champ opératoire est à sec, et celle qu'on éprouve lorsque le sang l'inonde de toutes parts. Dans ce dernier cas l'opérateur ne voit plus alors, ou voit mal, le point sur lequel son action vient de s'exercer; et, si elle doit s'y continuer, il ne peut qu'entrevoir la surface de la plaie, et son instrument, dans son point de contact avec les tissus, agit constamment dans le sang. En effet, malgré la célérité de l'aide qui éponge, dès que le contact cesse entre la substance absorbante et la surface cruentée, l'effusion du sang se reproduit avec la même soudaineté et longtemps avec la même abondance qu'à sa première apparition. On ne saurait donc

(1) A. Horer. — *Méthode d'Esmarch pour l'opération du phimosis.* (*France Médicale*, 1875, juillet).

trop vivement conseiller aux opérateurs de ne pas se priver de la ressource précieuse du lien hémostatique.

L'application de la méthode d'Esmarch aux opérations sur la verge est des plus simples. Elle consiste à enserrer la racine de l'organe dans un lien élastique.

Au lieu d'un lien aplati susceptible de pincer la peau par superposition de ses bords, il est préférable de se servir d'un lien arrondi, funiculaire, avec lequel on évite cet inconvénient.

Une sonde en caoutchouc, dite de Nélaton, du n° 16 à 18 peut, à défaut de tout autre lien parfaitement remplir le but recherché.

Deux tours de lien élastique sont suffisants. Ils sont maintenus à l'aide d'une pince à forcipressure, dont les mors compriment les chefs sur l'un des côtés de la verge. Pour ne pas être gêné au cours des manœuvres opératoires sur le pénis, il convient que les anneaux des pinces soient dirigés du côté du scrotum.

Avant de quitter ce qui a trait à cette question de l'hémotase, il est une recommandation qu'il ne faut pas oublier de faire : c'est de ne pas suturer les téguments sans s'être préalablement assuré en enlevant le lien compresseur qu'aucun vaisseau important ne donne du sang. Cette précaution a aussi un autre avantage que celui de permettre, le cas échéant, la ligature d'une artère; elle donne au chirurgien la faculté d'arrêter en quelques instants au moyen d'une irrigation chaude la pluie de sang qui inonde le champ opératoire, dès que l'ischémie cesse.

3° ÉTENDUE DE LA RÉSECTION

Lorsque les enveloppes de la verge ont été sectionnées sur la ligne médiane et que le corps spongieux a été incisé, il faut savoir sur quelle étendue du calibre de l'urèthre rétréci portera la résection.

La résection de l'urèthre pénien peut être complète, circu-

laire, c'est-à-dire intéressant toute l'épaisseur du calibre du canal: elle peut être incomplète, partielle, cunéiforme, c'est-à-dire ne comprendre qu'une partie de la circonférence de l'urèthre.

Sur les huit observations d'uréthrectomie pénienne que nous possédons, trois fois la résection a été incomplète et cinq fois elle a été complète.

Voillemier (Obs. III) dans la crainte d'intéresser les corps caverneux compris dans la cicatrice se borna à l'ablation de la paroi inférieure de l'urèthre. Pour la même raison M. le docteur Pousson (Obs. IV) n'excisa chez son malade que la partie centrale du nodule cicatriciel. M. le professeur Guyon (Obs. VII) se basant sur deux raisons, l'une anatomo-pathologique, l'autre physiologique qui lui ont fait préconiser l'excision partielle à l'excision conférencielle a aussi recours à la résection de la paroi inférieure du canal.

Si dans la majorité des cas la résection partielle de l'urèthre périnéal présente des avantages incontestables mis en relief par M. le professeur Guyon dans son mémoire lu en 1892 au VI[e] Congrès français de chirurgie, à savoir grande facilité d'exécution, limitation de l'écart des deux bouts du canal, attaque directe du tissu pathologique, c'est-à-dire des gros nodules cicatriciels des traumatismes, des déformations insterstitielles et périphériques nées de l'inflammation, siégeant de préférence sur la paroi inférieure et enfin conservation au niveau de la paroi uréthrale supérieure d'une languette de la muqueuse susceptible de devenir un centre d'irradiation précieux pour l'uréthrogénie, ces avantages sont de moindre importance en ce qui concerne la région pénienne et il y a tout intérêt à retrancher de part en part le canal dans le point où il a été altéré.

Si on a pris soin de placer un lien hémostatique à la racine de la verge, il sera facile de se rendre compte non seulement

par le toucher, mais encore par la vue de l'extension des lésions par rapport à la circonférence du canal et de proportionner l'étendue de l'excision aux besoins du cas donné. L'observation VIII montre que l'adhérence du nodule sténosique au tissu des corps caverneux n'est pas un obstacle à l'excision totale. Pour prévenir toute hémorrhagie survenant à la suite de l'ouverture des aréoles, il suffira de fermer ces aréoles en suturant au catgut par dessus elles l'enveloppe albuginée. Dans les cinq observations d'uréthrectomie totale, on ne relève aucun accident imputable à la blessure des corps caverneux.

L'étendue en longueur de la portion retranchée de l'urèthre n'importe pas moins que son étendue en épaisseur. Toute uréthrectomie diminue en effet la longueur de l'urèthre et quelques chirurgiens ont émis la crainte de voir cette opération apporter à l'érection une gène capable de s'opposer aux rapports sexuels. Mais comme nous le verrons plus tard à propos des résultats éloignés de l'uréthrectomie, cette crainte est inutile.

Pour séparer le noyau cicatriciel des parties saines le chirurgien incisera au bistouri suivant le raphé tous les tissus jusqu'au nodule cicatriciel qu'il disséquera sur les parties latérales avec le même instrument. Cela fait, l'opération est terminée avec des ciseaux courbes de moyen volume de la manière suivante : un coup transversal ayant tranché de part en part le canal à l'union de la partie saine avec la portion malade. Cette dernière est saisie et soulevée avec des pinces à griffes et les ciseaux la séparent à petits coups de la cloison des corps caverneux. Quand cette dissection est accomplie, un dernier coup de ciseau en travers détache le segment pathologique.

4° MODES DE RÉUNION DES DEUX BOUTS DE L'URÈTHRE

Pour réunir les deux bouts de l'urèthre, Dugas (Obs. I) eut

recours à des bandelettes adhésives et J. Roux (Obs. II) à des serres-fines; malgré ce mode défectueux de coaptation et à une époque où l'antiseptie n'était pas pratiquée, la réunion par première intention fut obtenue complète au 13e jour chez le malade de Dugas, et elle n'échoua qu'en un point chez l'opéré de J. Roux qui vit la petite fistule en résultant s'oblitérer en six semaines. Nous ignorons de quelle manière Voillemier réunit les bouts de l'urèthre. Dans les cinq observations qui appartiennent à la période de la chirurgie antiseptique, les opérateurs ont tous eu recours au catgut pour suturer les parois de l'urèthre et le corps spongieux et ils ont employé le crin de Florence pour réunir les téguments. On se sert généralement de fines aiguilles courbes, mais il faut avoir soin de ne pas leur faire traverser la muqueuse afin d'éviter l'incrustation des fils par les sels urinaires et prévenir l'infection du foyer traumatique à la suite de leur imbibition par l'urine : précaution importante lorsqu'on a affaire à un sujet dont les urines sont septiques.

Trois ou quatre points séparés suffisent à assurer le contact des segments uréthraux.

Lorsque la résection complète isole l'un de l'autre par une section perpendiculaire à son axe les deux bouts du canal, la suture uréthrale doit être faite transversalement et même lorsque la résection est partielle il y a aussi avantage à la faire également en travers. Ce procédé diminue, il est vrai, la longueur de l'urèthre, mais il conserve au canal tout son calibre au lieu de le diminuer, comme le ferait infailliblement une suture longitudinale, et il ne présente aucun inconvénient pour le fonctionnement du pénis dans l'acte génital.

5° EMPLOI DE LA SONDE A DEMEURE

Les chirurgiens qui ont pratiqué l'uréthrectomie pénienne

ont assuré le bénéfice de leur intervention en mettant la ligne de suture du canal à l'abri du contact de l'urine par l'emploi de la sonde à demeure, qui est un complément indispensable à la réussite de l'opération.

La sonde en caoutchouc rouge est bien préférable par sa souplesse à la sonde en gomme, et sera du calibre n° 16 à 18. Elle ne doit pas servir à dilater l'urèthre, mais à empêcher l'urine de venir baigner la ligne d'union des deux segments du canal. Trop grosse et ne permettant pas à l'urine de s'échapper librement entre ses parois et celles de l'urèthre, au cas où elle viendrait à se boucher, elle exposerait à l'infiltraton d'urine dans le foyer opératoire.

La brièveté du séjour de la sonde à demeure est aussi un point important et sur lequel tous les opérateurs sont d'accord. Quelles que soient les précautions antiseptiques prises, la sonde agissant comme corps étranger développe toujours un certain degré d'uréthrite, de cystite qu'il importe de faire disparaître en supprimant au plutôt sa présence du canal, la réunion des deux bouts de l'urèthre se faisant d'ailleurs rapidement.

CHAPITRE IV.

OBSERVATION I.

Rétrécissement de l'urèthre pénien traité avec succès par l'excision.

(W. H. Robert, *Gazette médicale de Paris 1837*, page 299).

Elleik, nègre, âgé de 40 ans, souffrait d'un rétrécissement uréthral depuis quinze ans. On l'avait traité et soulagé plusieurs fois à l'aide de la dilatation combinée avec la cautérisation. Le mal cependant avait toujours récidivé peu de temps après le traitement. Le malade assurait n'avoir jamais eu de gonorrhée, mais il avait essuyé des chancres. Il se présente à la clinique de M. Dugas, qui constate un rétrécissement fort dur à trois pouces du méat urinaire; l'induration est appréciable aux doigts, elle offre un pouce de longueur dans la direction du canal.

On essaie en vain pendant plusieurs jours l'introduction d'une bougie capillaire; l'urine coulait continuellement goutte à goutte; la vessie en était pleine; cet état durait déjà depuis un mois.

L'impossibilité de passer une bougie dans le rétrécissement, la crainte d'une oblitération complète par l'usage du caustique et l'inutilité d'ailleurs éprouvée de ces moyens décidèrent M. Dugas à employer l'excision.

L'opération fut exécutée le 7 Juin. Une incission longitudinale dans la direction de la ligne médiane mit l'urèthre à découvert; l'induration fut circonscrite et enlevée en totalité : elle était telle qu'un poil de sanglier pouvait à peine la traverser.

On introduisit ensuite dans la vessie une grosse sonde de gomme élastique et on rapprocha les deux côtés de la plaie à l'aide de bandelettes adhésives.

Le 12 Juin, la plaie est réunie par première intention; la sonde est laissée en permanence; l'urine est légèrement sanguinolente. Le 15, on ôte la sonde qui est altérée; on en met une autre quatre heures après sans

difficulté ni douleur; l'urine est limpide; suppuration sur deux petits points de la plaie; on renouvelle les bandelettes.

Le 20, oblitération complète de la plaie; le malade urine librement sans sonde et sans douleur; un peu de pus liquide se trouve mêlé aux urines. On place une sonde métallique en permanence la nuit seulement.

Le 1er Juillet, le malade est tout à fait bien. Il se sert de temps en temps de la sonde par mesure de précaution.

Le 1er Septembre, le malade se trouve parfaitement guéri; il urine librement et à plein jet.

OBSERVATION II.

Rétrécissement infranchissable de l'urèthre dans la portion spongieuse en avant des bourses; résection de cette portion du canal; rétrécissement ultérieur. — Uréthrotomie interne par incision longitudinale rétrograde. — Guérison.

(Dr J. Roux, *Gazette des hôpitaux*, 15 février 1859).

L..., âgé de 42 ans, est atteint de rétrécissement dans la portion spongieuse de l'urèthre au-devant des bourses; induration du volume d'une noisette existant à ce niveau depuis 16 mois; le malade a eu une uréthrite et un chancre volant, et n'a pas fait de traitement antisyphilitique; phimosis naturel; impossibilité de franchir le rétrécissement par le cathétérisme employé de toutes les manières.

Le 26 Mars 1853, opération de la circoncision.

Le 22 Avril, le rétrécissement étant toujours infranchissable, et la miction ne se faisant que goutte à goutte, on met à nu la tumeur uréthrale par une incision extérieure et on enlève le rétrécissement, en retranchant un centimètre et demi du canal; immédiatement après, introduction par le méat urinaire, jusque dans la vessie, d'une sonde en gomme élastique laissée à demeure et débouchée; réunion de la plaie avec des serre-fines.

Le 23, insomnie, douleur, léger gonflement de la verge et du scrotum, pas de fièvre. Enlèvement des serre-fines; adhérence presque complète des lèvres de la plaie, excepté à l'angle inférieur, dans une petite étendue; l'urine s'écoule presque en totalité par l'ouverture de la sonde laissée en place.

Le 2 Mai, gonflement moindre des parties; la plaie ne donne plus

passage qu'à quelques gouttes d'urine. La sonde est enlevée, mais le malade reçoit l'ordre de l'introduire toutes les fois qu'il voudra uriner.

Le 6 Juin, cicatrisation complète de la fistule, miction à plein canal.

Le 25, coarctation assez prononcée à l'endroit du canal réséqué; difficulté de le franchir avec des sondes qui le traversaient auparavant sans peine.

Sorti à cette époque de l'hôpital, le malade y rentre trois ans après. La tendance au rétrécissement circulaire n'a fait qu'augmenter ; on constate au point du canal opéré un trajet fistuleux, une légère induration et un rétrécissement qui admet difficilement une sonde N° 9.

Le 2 Février 1856, uréthrotomie interne par incision longitudinale d'arrière en avant, introduction d'une sonde métallique N° 23, qui est retirée immédiatement après.

Les jours suivants, pas de fièvre, mais un peu de chaleur et de gonflement de la verge et des bourses, sans trace d'infiltration. Cet état inflammatoire ne tarde pas à se dissiper. Le malade sort complètement guéri, le 28 Février 1856.

Le Dr Roux revit cet homme, le 25 Juin 1857 et reconnut que la miction se faisait toujours avec facilité et qu'il n'y avait plus de trace de fistules urinaires. On sentait à travers la peau, au point du rétrécissement, quelques noyaux anciens indurés, et le canal était aisément traversé par une sonde N° 15.

OBSERVATION III.

Excision partielle d'un rétrécissement périen.

(Voillemier. *Traité des maladies des voies urinaires,* Tome I 1868, page 337).

Rétrécissement développé à la suite d'un coup de pied de cheval sur le pénis. Le malade porte à 4 centimètres du méat urinaire, au-dessous de la verge, une tumeur du volume d'une grosse noisette allongée. La miction se fait goutte à goutte, et il est impossible d'introduire une bougie ou un stylet. Incision de 4 centimètres sur le raphé ; impossibilité d'isoler complétement la masse cicatricielle, qui est très adhérente au corps caverneux ; la portion qui contient la paroi inférieure de l'urèthre est seule réséquée ; pour l'enlever entièrement, il aurait fallu intéresser profondément les corps caverneux. Mort d'érysipèle.

OBSERVATION IV.

Oblitération complète de l'urèthre pénien consécutive à un traumatisme. — Réfection du canal par excision de la partie centrale du module cicatriciel. — Guérison.

(Dr Alf. Pousson, *Annales de la Polyclinique de Bordeaux*, 1889, page 85).

L..., âgé de 17 ans, meunier, se présente à mon observation le 15 Septembre 1888. Il raconte qu'au mois de Juin dernier, il a été saisi dans un engrenage de moulin qui, le prenant en écharpe au niveau du bassin, a déterminé chez lui une rupture de l'urèthre au niveau de la portion pénienne. Il a perdu à ce moment une assez grande quantité de sang par le canal, mais n'a pas eu de rétention d'urine. D'ailleurs le médecin, appelé à le soigner, a mis dès le premier jour de l'accident une sonde à demeure et l'a laissée pendant quelques temps. Cependant la verge s'est tuméfiée, des abcès se sont formés et ont mis un certain temps à se cicatriser. La sonde une fois sortie de l'urèthre, aucun cathétérisme n'a été fait et peu à peu le canal s'est complètement oblitéré, tandis que les urines s'échappaient à chaque miction par un trajet fistuleux s'ouvrant à la base du gland.

A l'examen du malade, je constate l'existence de plusieurs cicatrices blanchâtres sur le fourreau de la verge et un petit pertuis bordé de bourgeons charnus vivaces dans le sillon balano-préputial du côté droit près du frein. C'est par ce pertuis, au dire du malade, que sont émises toutes les urines. J'explore le canal avec une bougie à boule N° 14 et je suis arrêté à trois centimètres et demi du méat par une sorte de diaphragme charnu. J'essaye, mais en vain, de trouver à son niveau un orifice capable d'admettre une bougie filiforme. J'explore alors la fistule s'ouvrant à la base du gland. Cette exploration est assez douloureuse; le trajet est tortueux et je ne parviens qu'à y faire pénétrer une fine bougie dans une étendue de 4 centimètres environ. Priant alors le malade d'uriner, je constate que rien ne passe par le méat, mais que l'urine s'écoule par la fistule, goutte à goutte, et au prix de grands efforts du patient. La vessie se vide cependant bien; l'urine est claire, limpide, normale.

De cet ensemble de signes, je conclus à une oblitération complète du calibre de l'urèthre et à l'existence d'un trajet fistuleux étroit, tortueux s'abouchant en amont du point obturé.

Explorant le canal par la palpation extérieure, je trouve, un peu au-dessous du gland, un noyau cicatriciel dur, du volume d'une noisette, englobant le canal. Entre ce noyau et les bourses, l'urèthre est libre, parfaitement perceptible à travers les enveloppes de la verge. On le sent très bien se dilater sous la pression de l'urine, lorsque le malade contracte sa vessie pour la vider. Par contre, une sonde placée au niveau du tissu qui oblitère le canal, n'est nullement repoussée sous les impulsions des efforts de la miction.

De ce dernier fait et de la constation du noyau d'induration périuréthral, je tire la conclusiou que l'oblitération n'est pas due à une simple membrane, mais à un nodule cicatriciel d'un centimètre de longueur environ.

Le 20 Septembre, je pratique l'uréthrotomie externe avec excision partielle du noyau cicatriciel.

Le malade étant chloroformé, j'introduis un cathéter métallique dans la partie antérieure du canal jusqu'au contact du point oblitéré. La verge est alors relevée sur le ventre et tendue par une légère traction de façon à bien mettre en évidence sa face inférieure. L'organe maintenu dans cette position, je pratique sur la ligne médiane une incision, qui, commençant au niveau du bec du cathéter, s'arrête à un peu plus d'un centimètre de ce point, c'est-à-dire un peu au-dessous du nodule cicatriciel.

Après avoir incisé les enveloppes de la verge, la pointe de mon bistouri entame le tissu induré qui résiste fortement. Je sectionne d'abord dans l'angle antérieur de la plaie et pénètre rapidement au contact du cathéter ouvrant aussi l'urèthre. Alors tenant bien la pointe du bistouri sur la ligne médiane, j'incise le noyau cicatriciel jusqu'à une profondeur de 2 millimètres environ. Avant de poursuivre plus loin, je passe dans chacune des lévres, bordant le sillon que je viens de creuser, une anse de fil de soie que deux aides m'écartent en tirant légèrement.

Cela fait, je creuse plus profondément dans l'angle postérieur de la plaie et je découvre de la sorte le bout postérieur du canal.

Ne pouvant prétendre disséquer le noyau de cicatrice et l'enlever complètement, je resèque de la façon suivante la partie centrale de manière à créer une sorte de tranchée, qui rétablisse la continuité de l'urèthre. Portant la pointe du bistouri dans ma première incision médiane et le dirigeant obliquement en dehors et à gauche, je creuse en plein tissu pathologique un sillon de 2 à 3 millimètres de profondeur. Je répète la même incision à droite. De la sorte j'ai limité des deux côtés le tissu que je désirais inciser, il ne me reste plus pour le détacher complètement qu'à séparer d'un coup de ciseau courbe la base adhérente de cette espèce de petit prisme. Etant donné le peu de vascularité des tissus je suis peu gêné par le sang.

Grâce à cette incision je puis passer directement une sonde en gomme N° 17 du bout antérieur dans le bout postérieur de l'urèthre et la conduire jusque dans la vessie. Par dessus je rapproche les deux lèvres du sillon que j'ai creusé dans le tissu morbide. Elles s'affrontent par une surface de plus d'un millimètre et je les maintiens au contact à l'aide de cinq points de suture entrecoupée au catgut fin. Le canal est dès lors restauré et je suture les téguments à l'aide de quelques points de crin placés assez près les uns des autres. J'applique un large pansement antiseptique couvrant tous les organes génitaux et ne laissant passer que l'extrémité de la sonde, que je laisse ouverte dans un urinoire.

Le soir, le malade est très bien, la sonde a fonctionné régulièrement et a donné issue à environ un demi-litre d'urines normales.

Rien à noter les 21, 22, 23 Septembre.

Le 24, je défais le pansement. La verge est un peu rouge et œdématiée au niveau de la plaie, et la pression fait sourdre dans l'angle antérieur un peu de pus grisâtre, strié de sang. J'introduis par cet angle béant un petit drain que je fais glisser sous les téguments.

Le 26 Septembre, il sort une assez grande quantité de pus dans l'angle de la plaie où se trouve le drain et dans l'intervalle de quelques points de la suture superficielle. Pour lui donner issue je fais sauter tous les points de cette suture et je constate que les sutures profondes ont bien tenu et que la réunion des parois de l'urèthre est effectuée. Tout le fond de la plaie est recouvert de bourgeons charnus vivaces ; je les saupoudre d'iodoforme et pour obtenir la cicatrisation à plat je recouvre la verge de gaze phéniquée et de ouate salycilée. J'ai préalablemenl changé la sonde à demeure par une autre de même calibre.

Le 30 Septembre, le bourgeonnement de la plaie affleure la surface des téguments de la verge et l'épidermisation commence à se faire. Je supprime la sonde à demeure.

Dans la journée, le malade urine à plein canal et rien ne passe ni par la la fistule préexistante, ni par la plaie chirurgicale de l'urèthre.

Le 3 Octobre, je passe successivemen sans difficulté dans le canal des bougies N^{os} 16 et 18.

Le 5 Octobre, la plaie est complètement cicatrisée et l'urine continue à être déversée en totalité par l'urèthre sans déviation du côté de la fistule. Je passe ce jour les bougies N^{os} 17 et 18.

Tous les deux jours, jusqu'au 20 Octobre, je pratique la dilatation et j'arrive ainsi à passer le N° 20. A cette époque, le malade me quitte pour retourner chez lui et avant de le laisser partir je lui recommande avec insistance de continuer à se dilater.

J'ai reçu une lettre de L..., le 28 avril 1889, dans laquelle il dit que, quoiqu'il ait passé assez régulièrement les bougies, la plaie ancienne est devenue très dure et le canal a perdu de son calibre. A cette époque il ne peut plus passer que le N° 14.

OBSERVATION V.

Excision d'un retrécissement pénien ; suture immédiate.

(Quènu, *Société de chirurgie*, 4 mai 1892.

Malade, âgé d'une trentaine d'années, couvreur. En 1884, en Algérie, où il servait dans la cavalerie, dans une course à cheval, il se heurta le pénis contre le pommeau de la selle et se fit une rupture de l'urèthre. Il fut transporté à l'hôpital d'Alger, où on le soigna pendant six mois par la dilatation. Il eût aussi une sonde à demeure pendant un mois.

Dix-huit mois après son départ d'Alger, D..., qui avait continué de se passer des sondes, avait dû descendre du n° 22 au n° 14.

Il entre en 1886 dans le service de M. Th. Anger, à Cochin. On lui fit l'uréthrotomie interne, puis la dilatation avec des Béniqués. On passait le n° 44 à sa sortie de l'hôpital, deux mois après l'opération.

Quatre mois après, nouvelle dysurie ; deuxième uréthrotomie interne.

En 1888, dilatation avec des Béniqués pendant plusieurs semaines.

En 1889, troisième uréthrotomie interne. On arrive ensuite au n° 43 Béniqué.

En 1890, quatrième uréthrotomie interne. La dilatation consécutive est poussée jusqu'au n° 40.

Enfin, vers la fin de 1890, une cinquième uréthrotomie interne est pratiquée par M. Tuffier, suppléant M. Anger. On passe au n° 39.

En 1891, le malade est soigné par la dilatation à l'hôpital militaire. Il entre au mois de septembre dans mon service. On trouve, à la fin de la portion pénienne de l'urèthre, à l'union des bourses et du pénis, à 6 ou 7 centimètres du méat, une virole dure, appréciable à travers les téguments, longue de 1 centimètre environ. Une bougie n° 3 peut seule franchir le retrécissement. La vessie et probablement les reins sont dans un mauvais état; les urines sont ammonicales et renferment du pus : d = 1013 ; traces d'albumine ; 10 grammes d'urée par litre.

Pendant près de deux mois, nous avons essayé de modifier l'état des urines en faisant prendre au malade du borax, puis du benzoate de soude, puis du salol à la dose de 3, 4 et 5 grammes. Une série d'analyses furent faites, et toujours les urines demeurèrent alcalines et fermentées.

Nous aurions bien voulu ne procéder à une intervention chirurgicale qu'avec des urines rendues aseptiques. Dans l'impossibilité d'y parvenir, nous nous décidons à procéder néanmoins à l'excision du retrécissement le 7 novembre. Incision de la peau à 5 centimètres du méat. Incision du corps spongieux ; le retrécissement est mis à nu ; il est dure, crie sous le scalpel ; on l'incise, puis on fait la résection de la virole ; l'urèthre est ainsi réséqué dans l'étendue d'un centimètre et demi.

Pour rendre les deux bouts écartés mobilisables, nous disséquons l'urèthre et sa gaine spongieuse. Le contact établi, l'urèthre est suturé dans la demi-circonférence supérieure par trois fils qui ne comprennent pas la muqueuse. Une sonde est introduite dans le canal avant la suture de la demi-circonférence postérieure ou inférieure par-dessus la muqueuse.

Nous suturons le corps spongieux, puis la peau. Une sonde à demeure est introduite dans le canal.

Bromure de potassium à l'intérieur.

Le troisième jour après l'opération, l'urine inocula les fils de la demi-circonférence inférieure, c'est-à-dire vers la peau et la réunion échoua partiellement. Il en résulta une petite fistule qui fut traitée par la cautérisation au stylet rougi. Cette fistule se ferma dans la suite : et, dès le mois de mai, malheureusement, il s'était reproduit du tissu de cicatrice, et le n° 30 Béniqué pouvait seul être introduit.

Quoiqu'il en soit, l'état général s'est amélioré dans d'énormes proportions, les urines ont cessé d'être alcalines, et, peut-être, pouvons-nous espérer que la rétraction se limitera à la seule paroi inférieure qui a suppuré.

OBSERVATION VI

Retrécissement pénien. — Excision de trois centimètres de canal. — Suture immédiate. — Guérison rapide et durable.

(*Wartel, Thèse de Paris*, juillet 1892).

M... Narcisse, âgé de 41 ans, est interné à l'asile de Lommelet (Nord), depuis le 23 avril 1885, pour lypémanie. Il a eu plusieurs blennorrhagies,

qui ont amené chez lui une très grande gêne de la miction, et dont la première remonte à une vingtaine d'années.

Il avait toujours caché sa dysurie, lorsqu'en juin 1889 il ne put plus dissimuler davantage et attira l'attention sur lui par la mauvaise odeur qu'il répandait. A l'examen, on constate une gangrène partielle du corps caverneux droit, et une fistule dorsale par laquelle s'écoule un pus ichoreux et fétide et de l'urine. M. Guermonprez débride au thermocautère sur la face supérieure et sur la face inférieure de la verge, à la limite des décollements ; le tiers antérieur du corps caverneux droit, complètement sphacélé, est enlevé à la plus légère traction. Grâce à des soins de propreté très assidus et à quelques pansements phéniqués, la cicatrisation se fait rapidement.

Trois mois plus tard, il ne reste plus qu'un très étroit pertuis dorsal situé à 5 centimètres du méat; c'est par là seulement que s'écoule l'urine avec une difficulté chaque jour plus grande. Elle est émise laborieusement en un jet très étroit, qui est lancé dans une direction exactement perpendiculaire à l'axe de la verge. En avant, le canal est complètement obstrué; le cathétérisme plusieurs fois tenté par M. le professeur Bouchard, médecin-chef de l'asile, est impossible; les bougies les plus fines ne peuvent pénétrer et sont arrêtées à 3 centimètres du méat. On se trouve donc en présence d'un retrécissement de 3 centimètres de longueur, ayant une double origine inflammatoire, blennorrhagique et phlegmoneuse, et infranchissable. Une intervention était nécessaire, elle fut pratiquée le 31 août 1889 par M. Guermonprez.

Après chloroformisation et lavage soigné de toute la région, on fait, comme opération préalable et sans aucun incident, la circoncision par une simple incision dorsale du prépuce.

Puis, le chirurgien pratique, sur la face inférieure de la verge, une longue incision de 7 à 8 centimètres, étendue du scrotum au gland. Quand la peau est sectionnée complètement, on entend nettement le grincement produit par le bistouri qui atteint le tissu cicatriciel; après un peu de tâtonnements, on découvre le bout central de l'urèthre, dont l'origine correspond à la partie moyenne du pénis, au niveau du siège de la petite fistule dorsale; une sonde y est introduite et pénètre sans obstacle jusque dans la vessie. On passe alors au bout périphérique, que l'on trouve facilement en introduisant une sonde métallique par le méat et en l'y maintenant en place, jusqu'à ce que le bistouri, incisant, d'arrière en avant, le tissu cicatriciel, vienne en découvrir le bec. Puis tout le tissu inodulaire, toute la portion calleuse, intermédiaire aux deux bouts du canal, longue de 3 centimètres, est excisée avec soin au moyen des ciseaux. Une sonde en caoutchouc rouge n° 22, est placée dans l'urèthre, dont les extrémités sont amenées

et maintenues en contact à l'aide de deux points de suture au catgut : ces sutures sont superficielles et n'intéressent pas la muqueuse uréthrale. Les sutures cutanées sont faites au crin de Florence. Comme pansement, application de compresses trempées dans la liqueur de Van Swieten. La sonde sera laissée à demeure pendant quatre jours, puis passée de temps en temps pour assurer le calibre du canal.

Dès le lendemain de l'opération, presque toute l'urine passe par la sonde ; il n'en sort que très peu par l'extrémité antérieure de la plaie où s'établit une petite fistulette tarie au bout de 15 jours.

Le malade ayant quitté Lommelet pour l'asile départemental de Dury (Somme), nous l'avons revu dernièrement, grâce à la bienveillence de M. le Directeur et des internes, et nous avons pu constater les résultats tardifs de l'opération (21 avril 1892, c'est-à-dire presque trois ans après l'intervention).

Malgré la négligence du malade, qui ne s'était pas sondé depuis environ deux ans, son état est resté très bon.

La palpation révèle l'existence, sur le canal, d'un anneau cicatriciel souple, indolore et très étroit.

Une sonde n° 15 passe très facilement. Le n° 20 éprouve un peu de frottement, mais passe aisément.

La miction est normale.

OBSERVATION VII

Rétrécissement traumatique de l'urèthre pénien. — Résection le 23 Décembre 1891. — Guérison constatée le 24 Février 1894.

(Guyon, *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, Paris 1894, p. 270).

Le nommé Ch... Joseph, âgé de 36 ans, garçon de magasin, est admis à la clinique des voies urinaires, le 6 décembre 1891. De bonne santé habituelle, sans antécédents héréditaires, ni personnels, cet homme a eu, il y a dix ans, une blennorrhagie ; il a conservé depuis lors un léger écoulement chronique qui, à deux reprises, il y a trois ans et il y a deux ans, a repris le caractère aigü.

Il urinait dans des conditions qui lui semblaient normales, lorsqu'il y a un an, à la suite d'un rapport sexuel pendant lequel il avait éprouvé une vive douleur dans la verge, il s'aperçut qu'il saignait par l'urèthre.

Cette uréthrorrhagie fut très abondante, dura une demi-heure et ne reparut pas.

Pas de rétention d'urine, mais aussitôt après les mictions deviennent difficiles et douloureuses. La douleur s'atténua et disparut les jours suivants, les difficultés persistèrent. Quinze jours après l'accident, le malade alla consulter à l'hôpital Cochin; on ne put passer qu'une bougie n° 6. On le soumit à la dilatation progressive, au bout d'un mois l'on n'était arrivé qu'au n° 13. Il resta alors un mois sans être sondé et vint ensuite à la consultation de la Terrasse. Les difficultés de la miction étaient devenues considérables.

On constata un premier anneau large en arrière du méat et un anneau serré à la racine de la verge ne laissant passer que le n° 10. Il y avait à ce niveau un épaississement prononcé de la paroi inférieure de l'urèthre. L'uréthrotomie interne fut conseillée et pratiquée par M. Routier en juillet 1891. Dilatation progressive, Béniqué. Dès que la dilatation fut interrompue, les difficultés de la miction reparurent, le malade est obligé d'entrer à l'hôpital Necker le 6 décembre 1891.

On retrouve à la racine de la verge l'anneau dur déjà constaté; il laisse passer à ressaut un explorateur olivaire n° 8. Il est épais et forme une grosse virole, aisément sentie à travers les téguments et la couche sous-cutanée, qui ne lui adhèrent pas. Prostate, vessie et reins normaux, santé médiocre, râle aux deux sommets. On tente la dilatation à l'aide des bougies métalliques le 22 décembre, on était arrivé à grand peine au Béniqué n° 30.

La résection qui avait été proposée est alors décidée et faite le lendemain. Elle ne comprit que la virole cicatricielle qui occupait la paroi inférieure de l'urèthre; le canal fut réséqué dans l'étendue de plus d'un centimètre, immédiatement en avant du scrotum. La paroi supérieure était à l'état normal, elle fut respectée et les deux bouts de l'urèthre suturés transversalement au catgut. Les téguments avaient été incisés longitudinalement, mais ils furent réunis transversalement au crin en solidarisant les plans de suture; pas de drainage. Aucun accident local ni général, la sonde fut enlevée le 3e jour et dès lors le malade urina seul. L'urine ne passa jamais par la plaie et la réunion cutanée ne manqua qu'à l'une des extrémités.

Lorsque le malade quitta la Clinique un mois après, la miction était facile, le canal recevait de grosses bougies, mais l'érection se faisait d'une façon très défectueuse. La verge ne se redressait pas le long de l'abdomen. L'urèthre, bridé par la cicatrice et diminué de longueur, ne se laissant pas distendre, le membre prenait une direction curviligne, à

concavité inférieure et son extrémité regardait en bas. Il en fut ainsi pendant deux mois, puis, peu à peu, la verge se redressa et le malade a depuis longtemps des érections et des fonctions sexuelles en tout normales.

Venu à la consultation le 24 février 1894 pour une goutte matinale, il est exploré et très facilement sondé avec le Béniqué n° 50. La cicatrice opératoire est à peine visible, elle est parfaitement souple ; l'on ne sent plus d'épaississement du canal, alors même qu'on le palpe pendant que l'instrument métallique y est contenu. La miction est normale, la santé générale est très bonne.

OBSERVATION VIII (Inédite).

Rétrécissement pénien. — Résection totale le 18 février 1895. — Suture immédiate.

(Due à l'obligeance de M. le docteur Pousson).

M. X..., 39 ans, a eu plusieurs uréthrites blennorrhagiques dont une cordée, à la suite desquelles s'est développé un rétrécissement pénien scléro-cicatriciel qui a été traité successivement en 1884 par l'uréthrotomie interne d'arrière en avant, en 1889 par l'électrolyse linéaire, en 1890 par l'uréthrotomie interne de Maisonneuve. Après chacune de ces opérations, le malade a recouvré pour quelque temps le libre usage de son canal, mais le rétrécissement n'a pas tardé à se reproduire. Il semble qu'il ait eu un plus long bénéfice de la dernière uréthrotomie qu'il a subie, que des autres interventions ; cela est sans doute dû à ce qu'il s'est rigoureusement soumis à la dilatation. Néanmoins malgré le passage régulier des sondes, la sténose s'est reconstituée au point que depuis plus d'un an, M. X... ne peut plus passer qu'une bougie n° 8 et qu'il urine avec peine, au prix d'efforts violents qui provoquent des douleurs rénales intenses.

L'état général est excellent, les urines sont claires et limpides.

En palpant extérieurement l'urèthre, on sent à 2 centimètres environ de l'angle péno-scrotal un nodule cicatriciel d'une longueur de près d'un centimètre entourant complètement le canal et paraissant faire corps avec les cylindres caverneux de la verge. Une bougie n° 8 s'engage sans difficulté dans la filière du rétrécissement et le franchit, mais il est impossible d'y faire pénétrer la tige d'une bougie n° 9.

Etant donné la nature du rétrécissement et les insuccès des opérations déjà pratiquées, je propose au malade de faire la résection de la partie rétrécie du canal.

Je pratique l'opération le 18 février 1895. Le malade après avoir été soumis pendant quelques jours à l'usage du salol est anesthésié. Le champ opératoire est soigneusement désinfecté et un lien élastique appliqué à la racine de la verge immédiatement en avant du scrotum est destiné à assurer l'hémotase.

Ces précautions prises, je conduis au contact de la stricture une sonde à boule n° 12, afin de bien reconnaître où commence la portion rétrécie, puis j'incise les téguments de la verge longitudinalement sur le raphé dans une étendue de deux centimètres et demi environ : le milieu de cette incision correspond à l'induration uréthrale.

La peau et le tissu sous-cutané traversés, je rencontre le corps spongieux, que je fends aussi longitudinalement de manière à découvrir le nodule cicatriciel. Je dissèque celui-ci sur ses deux parties latérales à l'aide du bistouri, puis d'un coup de ciseau transversal je le sépare du segment postérieur de l'urèthre, dans lequel j'ai eu soin de passer un fil afin de l'empêcher de se rétracter et de le reconnaître. Saisissant alors avec des pinces à griffes la partie malade de l'urèthre que je désire retrancher, je la soulève et la sépare à petits coups de ciseaux courbes de la cloison des corps caverneux où elle adhère intimement à tel point que dans ma dissection, j'ouvre les aréoles de l'un d'eux.

La portion malade du canal, disséquée dans toute son étendue, je la sépare d'un coup de ciseau du segment antérieur de l'urèthre, comme je l'en fais du segment postérieur.

La portion réséquée mesure un bon centimètre, mais les deux bouts du canal en raison de sa rétractabilité sont espacés de plus de trois centimètres. Avant de les réunir, je ferme les aréoles ouvertes du corps caverneux en suturant son enveloppe fibreuse à l'aide de trois points de catgut.

Les deux segments uréthraux étant mobilisés par une légère dissection, je les rapproche et les suture l'un à l'autre au moyen de cinq points séparés de catgut n° 0, ne pénétrant pas dans la lumière du canal, mais restant au-dessous de la muqueuse. Une sonde en caoutchouc n° 14 très souple a été préalablement mise dans le canal.

La suture de l'urèthre achevée, comme je n'ai pas besoin d'y voir aussi clairement pour reconnaître les tissus et terminer l'opération, je desserre le lien hémostatique afin de constater s'il existe quelques bouches artérielles donnant du sang et de les oblitérer s'il est besoin. Une hémorrhagie

en nappe se produit, mais pas de jet ; une irrigation très chaude de Van Swieten étendu arrête l'écoulement sanguin. Je suture au catgut les corps spongieux et par dessus la peau au crin de Florence, en ayant soin de passer chacun de ces crins dans le corps spongieux de manière à solidariser le plan des sutures superficielles avec celui des sutures profondes.

La ligne de suture est saupoudrée d'iodoforme, la verge est entourée d'une compresse de gaze salycilée et tous les organes génitaux externes sont recouverts d'une couche d'ouate, laissant seulement passer la sonde à demeure.

Suites opératoires. — Pendant trois jours le malade alla très bien, le thermomètre ne dépassa pas 37°, la sonde fonctionna parfaitement. Dans la nuit du troisième au quatrième jour, le malade qui, le soir, accusait déjà un peu de douleur, de gêne et de tension au niveau de la plaie, fut pris d'un violent frisson en même temps que le thermomètre s'élevait à 39° 4.

Le lendemain je constatai de la lymphangite de la verge et l'écoulement par l'angle antérieur de la plaie d'un liquide séro-purulent.

Cet accident, dû très probablement à l'infection par l'un des fils de catgut qui s'élimina en entier quelques jours après, n'eut pas de retentissement sur la santé générale du malade, mais il s'opposa à la réunion par première intention.

Pendant une dizaine de jours environ, il sortit une petite quantité de pus par l'angle antérieur de la suture, qui tint parfaitement dans le reste de son étendue.

Durant tout ce temps, je crus devoir laisser la sonde à demeure d'autant plus que le malade très pusillanime me déclara ne vouloir pas se soumettre aux sondages répétés. Je l'enlevai seulement le vingt-cinquième jour. A ce moment il existait au point où s'était fait la suppuration une petite fistule qui me fit conseiller au malade de se sonder toutes les fois qu'il voudrait uriner. Grâce à cette précaution et à quelques cautérisations au nitrate d'argent, la fistulette s'oblitéra complètement en moins de trois semaines.

Résultats. — Au 18 avril, c'est-à-dire deux mois après l'opération, M. X... présente l'état suivant : cicatrice linéaire sur le raphé à peine perceptible. En saisissant l'urèthre entre les doigts à ce niveau on sent sur le côté gauche un noyau d'induration assez volumineux, mais le canal paraît souple à droite et sur sa paroi inférieure. Un explorateur à boule n° 19 éprouve un léger ressaut, mais une bougie n° 20 passe sans difficulté. Le malade urine à plein canal, sans effort ; les douleurs du côté des reins dont il se plaignait avant l'opération ont disparu ; les urines

sont demeurées tout le temps limpides. Pendant l'érection, la verge est très légèrement arquée, mais le malade déclare que ce phénomène qu'il a déjà observé à un degré plus prononcé après l'électrolyse qu'il a subie est en voie de décroissance et il ne croit pas qu'il soit actuellement de nature à s'opposer au coït qu'il n'a d'ailleurs pas essayé d'accomplir.

Au point de vue des résultats immédiats, l'uréthrectomie pénienne est une bonne opération qui est peu grave pour la vie, puisque sur les huit observations qui précèdent, nous ne relevons qu'un cas de mort. C'est celui du malade de Voillemier qui succomba à un érysipèle à une époque bien antérieure à la chirurgie antiseptique. Les malades de Dugas (1837) et de J. Roux (1859) ne présentèrent aucun accident d'infection. Chez les cinq autres opérés la réunion aseptique totale de la muqueuse de l'urèthre aux téguments de la verge ne fut réalisée dans aucun des cas. M. le professeur Guyon obtint bien en trois jours la réunion des parois du canal, mais la suture cutanée manqua à l'une de ses extrémités; chez le premier opéré de M. Pousson, l'urèthre se réunit également par première intention, mais les tissus sus-jacents suppurèrent. Dans les cas de Guermonprez, de Quénu et le deuxième opéré de M. Pousson, une petite fistule se forma et s'oblitéra en quelque temps soit spontanément, soit à l'aide de légères cautérisations.

Pour apprécier les résultats éloignés de l'uréthrectomie pénienne, il faut grouper en deux catégories les sept observations que nous possédons, celle du malade de Voillemier mort d'érysipèle ne pouvant entrer en ligne de compte.

La première catégorie comprend les observations de Dugas, de Quénu, et les deux de M. Pousson : les malades ont été

suivis trop peu de temps pour que les résultats définitifs de l'intervention puissent être appréciés.

Le malade de Dugas examiné pour la dernière fois trois mois après la résection de l'urèthre, urinait librement et à plein jet.

Le malade de Quénu, revu 6 mois après, présentait à la partie inférieure du canal, dans le point qui avait suppuré une induration cicatricielle et le canal n'admettait qu'un Béniqué n° 30; mais comme disait Quénu devant la Société de chirurgie : « peut-être pouvons-nous espérer que la rétraction se limitera à la seule paroi dont les fils ont suppuré ».

Chez le premier opéré de M. Pousson qui avait subi une résection partielle, cunéiforme, le calibre de l'urèthre qui, à la sortie de l'hôpital, se laissait franchir par une bougie n° 20 de la filière Charrière, ne pouvait plus recevoir après 6 mois et malgré le passage de bougies assez régulièrement pratiqué qu'une bougie n° 14.

Le deuxième opéré de M. Pousson dont l'opération remonte maintenant à quatre mois et demi, passe sans difficulté un n° 20. mais il existe le long du canal un noyau d'induration assez volumineux. Espérons, comme disait Quénu en 1892 à propos de son malade, que cette induration se limitera à la seule paroi dont les fils ont suppuré.

La seconde catégorie comprend les malades de J. Roux, de Guermonprez, du professeur Guyon : les malades ayant été revus pendant plusieurs années, l'état de perméabilité de leur canal a pu être vérifié.

Chez le malade de J. Roux, la récidive ne se fit pas longtemps attendre, car son début peut être constaté deux mois après l'opération; trois ans après on ne passait que difficilement un n° 9. Il est intéressant de noter le résultat qu'une uré-

throtomie d'arrière en avant faite à ce moment donna chez ce malade antérieurement uréthrectomisé ; son canal examiné 17 mois après laissait passer librement une bougie n° 15.

Le malade de Guermonprez revu près de trois ans après était en très bon état, bien qu'il ne se fut pas sondé depuis deux ans. Il urinait bien, une bougie n° 15 passait aisément; le n° 20 pouvait lui-même être introduit, mais avec un peu de frottement. On sentait par la palpation du canal l'existence d'un anneau cicatriciel, souple, indolore et très étroit.

L'opéré de M. le professeur Guyon examiné plus de deux ans après l'intervention pouvait recevoir dans son canal un Béniqué n° 50; l'urèthre palpé sur la bougie métallique était souple et sans induration. la mixtion était normale; enfin l'érection qui dans les premiers jours ne parvenait pas à donner à la verge sa rectitude habituelle en raison du raccourcissement de l'urèthre, se faisait correctement et le malade pouvait avoir des rapports sexuels.

C'est le seul opéré chez lequel ce retour du membre viril à l'intégrité de ses fonctions sexuelles soit noté, mais il est probable que si chez les autres uréthrectomisés ces fonctions eussent été compromises, les rédacteurs des observations n'eussent pas manqué de le signaler.

M. Pousson n'ayant pas revu son premier opéré ne sait pas comment chez lui se fait l'érection; chez son deuxième malade la verge est légèrement incurvée lorsqu'elle s'érige, mais le malade croit qu'il ne lui serait pas impossible malgré cela d'effectuer le coït.

Tels sont les résultats éloignés fournis par la résection de l'urèthre pénien : ils sont des plus encourageants et ouvrent une voie nouvelle au traitement de toute une catégorie de sténoses contre lesquelles la médecine opératoire était naguère désarmée.

CONCLUSIONS

De tout ce qui précède, nous tirons les conclusions suivantes :

L'uréthrectomie pénienne est la résection d'une portion plus ou moins étendue de l'urèthre frappé de rétrécissement.

Elle est totale quand on enlève le cylindre uréthral dans sa totalité, partielle quand on n'enlève qu'un segment de ce cylindre, d'ordinaire l'inférieur.

Cette résection doit être complétée par une suture immédiate des deux bouts de l'urèthre sectionné.

Les résultats immédiats sont excellents; les cas de mort sont exceptionnels; la guérison est rapide, le calibre du nouveau canal est amplement suffisant.

Les résultats éloignés sont également très bons; le rétrécissement ne se reproduit presque jamais si la résection a été bien faite; l'urèthre continue à admettre des bougies de gros calibre.

Les rétrécissements de la région pénienne de l'urèthre sont justiciables de l'uréthrectomie, quand on a affaire à des retrécissements traumatiques et à des rétrécissements scléro-cicatriciels:

1° Parce que ces rétrécissements constituent des lésions limitées de l'urèthre;

2° Parce que les autres modes de traitement tels que la dilatation et l'uréthrotomie interne sont impuissants contre eux ou illusoires; ces rétrécissements étant dépourvus de la zone

élastique qui existe à la partie supérieure des rétrécissements périnéo-bulbaires.

L'uréthrectomie pénienne sera contre-indiquée, si l'on a affaire à des rétrécissements trop étendus, avec lésions uréthrales si prononcées et si graves, qu'il serait impossible de réséquer tout ce qui devrait être enlevé.

L'uréthrectomie totale peut être facilement pratiquée sans que l'on soit arrêté par la crainte de blesser les corps caverneux.

Avant l'opération, mettre un lien élastique à la racine de la verge, afin d'assurer l'hémostase.

La suture des deux bouts de l'urèthre doit être sous-muqueuse.

La sonde à demeure est utile, elle sera enlevée le plus tôt possible.

Vu : *Le Doyen*,
A. PITRES.

Vu bon a imprimer :
Le Président de la thèse,
Dr André BOURSIER

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 26 juin 1895.
Le Recteur,
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ALBARRAN — VI[e] Congrès français de Chirurgie, 1892, p. 683.

BOUCHER. — Thèse de Strasbourg, 1863.

BOURGUET D'AIX. — *Mémoires de l'Académie de Médecine de Paris* 1865, p. 167

DEFONTAINE. — Société de Chirurgie, 14 novembre 1888.

DESNOS ET KIRMISSON. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, articles « urèthre ».

DURANTON. — Thèse de Montpellier, juillet 1890.

GAUJON. — Thèse de Montpellier, juin 1891.

GUERMONPREZ. — *Gazette des hôpitaux*, 27 mai 1886 et 22 octobre 1889.

GOSSELIN. — *Bulletins de l'Académie de Médecine*, 14 mai 1861.

GOURAUD. — Thèse de Paris, juillet 1892.

GUYON. — *Leçons sur les maladiee des voies urinaires*, Paris 1885.

» *Mercredi Médical*, 23 décembre 1891.

» *Gazette Medicale de Paris*, 22 août 1891.

Annales des mal. des org. génito-urinaires, Paris 1892, p. 321.

» VI[e] Congrès français de Chirurgie, avril 1892, p. 675.

» *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, Paris 1894, p. 270.

HORTELOUP. — Académie de Médecine, 1890.

JAMIN ET GUIARD. — *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, article « urèthre ».

JOUON DE NANTES. — *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, avril 1892, p. 319.

KIRMISSON. — Société de Chirurgie, 3 avril 1889.

LABBÉ. — Leçons de Clinique chirurgicale, 1876, p. 19.

LE DENTU. — Société de Chirurgie, 27 octobre 1889.

LE DRAN. — Observations de Chirurgie, T. II, p. 173, Paris 1731.

LEGUEU ET CESTAN. — *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, Paris 1893, p. 655.

Locquin. — Société de Chirurgie, octobre 1887.

Loumeau. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, mars 1893, p. 117 et p. 16.

Lucas-Championnière. — Société de Chirurgie, juin 1885.

Mollière. — *Lyon Médical*, mars 1885, p. 464.

Noguès. — Thèse de Paris, 1892.

Parizot. — Thèse de Lyon, 1884.

Phélip. — *Lyon Médical*, 5 mars 1893.

Poncet. — IIIe Congrès français de Chirurgie, 1888, p. 455.

Pousson. — *Annales de la Polyclinique de Bordeaux*, 1889, p. 85.

Quénu. — Société de Chirurgie, 4 mai 1892.

Robert. — *Gozette Médicale de Paris*, 1837, p. 299.

Roux. — *Gazette des hôpitaux*, 1859, p. 76.

Terrier. — Société de Chirurgie, 29 octobre 1886.

Valette. — *Lyon Médical*, 1873, n° 15

Vergues. — Thèses de Paris, 1894.

Vignard. — *Archives provinciales de Chirurgie*, juillet 1892, p. 91.

Villard. — *Archives provinciales de Chirurgie*, mars 1894, p. 144.

Voillemier. — *Traité des maladies des voies urinaires*, T. I, 1868, page 337.

Wartel. — Thèse de Paris, 1892.